



Stomach Located Giant GIST which Obstructed the Intestinal Segment

Obstruksiyona Yol Açan Mide Yerleşimli Dev Gastrointestinal Stromal Tümör

Dev GIST / Giant GIST

Hakan Buluş, Barış Morkavuk, Ahmet Koyuncu, Tonguç Sugüneş, Ali Coskun
Kecioren Training and Research Hospital, Department of General Surgery, Ankara, Turkey

Özet

Gastrointestinal stromal tümörler, gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenterik kaynaklı tümörleridir. En sık bulundukları lokalizasyon %60 oranı ile mide-
dir. Genellikle ileri yaşlarda görülür. Prognozu etkileyen en önemli faktörler tümör
boyutunun büyüklüğü ve mitoz sayısındaki fazlalıktır. Tedavisindeki esas yaklaşım
cerrahi rezeksiyondur. Biz mide antrum yerleşimli çevre kolon segmentini obstrükte
eden dev GIST'li 51 yaşında erkek hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler

Stromal Tümör; Obstrüksiyon; Dev

Abstract

Gastrointestinal stromal tumors are the most common mesenchymal tumors of
the Gastrointestinal tract. The stomach is the most common site of GIST loca-
tion with 60%. Usually occurs later in life. Tumor size and number of mitosis are
the most important factors influencing the prognosis. Surgical resection is the
primary treatment of gastrointestinal stromal tumors. We presented a 51 year old
male patient with a stomach located giant gastrointestinal stromal tumor which
obstructed the intestinal segment.

Keywords

Stromal Tumor; Obstruction; Giant

DOI: 10.4328/JCAM.755

Received: 19.07.2011

Accepted: 05.08.2011

Printed: 01.11.2013

J Clin Anal Med 2013;4(6): 511-3

Corresponding Author: Barış Morkavuk, Kecioren Training and Research Hospital, Department of General Surgery, Ankara, Türkiye.

T.: +90 3123569000 F.: +90 3123569002 E-Mail: drsbmor@yahoo.com

Giriş

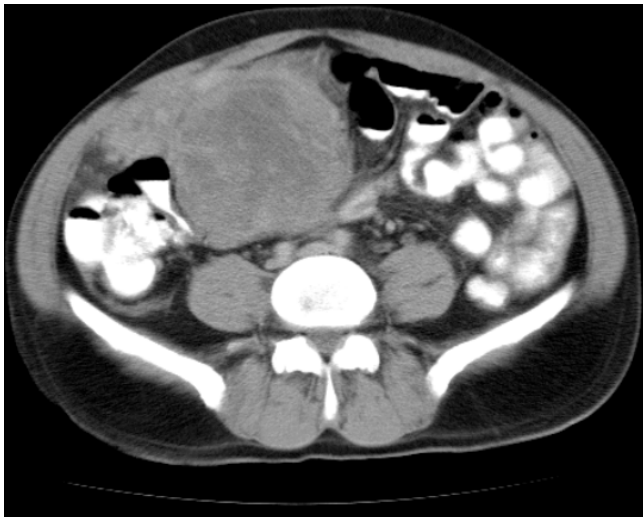
Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenkimal kaynaklı tümörler olup, yaklaşık %50-70 oranında mideden kaynaklanmaktadır [1]. İnterstiyel Cajal hücrelerinden kaynaklandığı düşünülen bu tümörler tüm mide kanserleri arasında %1-3 oranında görülmektedir. Genellikle asemptomatik bir klinik gösteren GIST 'de hastalar sağlık kuruluşlarına en sık karın ağrısı, gastrointestinal kanama ve karında palpabil kitle şikayetleri ile başvururlar [2]. İleri yaşlarda görülen GIST daha çok semptom oluşturmaksızın büyük boyutlara ulaşabilmektedirler. Bunun sonucu olarakta çevre organlarda baskı ve obstrüksiyon oluşturabilmektedirler.

Biz bu yazıda; karın ağrısı şikayeti ile başvuran, mideden kaynaklanan, transvers kolonda basıya bağlı obstrüksiyona yol açan, dev GIST 'li 51 yaşında erkek bir hastayı sunduk.

Olgu Sunumu

Karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile 51 yaşında erkek hasta acil servise başvurmuştur. Hastanın hikayesinde 2 yıldır olan son zamanlarda artış gösteren karın ağrısı ve buna eşlik eden bulantı kusma şikayetleri varmış. Hasta son 6 ay içerisinde yaklaşık 9 kilo kaybetmiş. Fizik muayenesinde periumbilikal bölgede sınırları net olarak ayırt edilemeyen, sert, mobilize olmayan kitle palpe edildi. Barsak sesleri dinlemekle artmıştı ve distansiyon mevcuttu. Karın muayenesinde yaygın hassasiyet olmasına rağmen rebound yoktu. Rektal tuşesinde normal gaita bulaşığı saptanan hastanın diğer sistem muayeneleri normal olarak izlendi.

Laboratuar değerlendirmesinde WBC 11×10^3 mg/ dl hafif yüksek bulunmuş olup başka patolojik bulgu izlenmemiştir. Tümör belirteçleri normal olarak saptanan hastaya intravenöz (IV) ve oral opaklı tüm karın bilgisayarlı tomografi çekildi. Buna göre transvers kolon seviyesinden mesaneye kadar uzanım gösteren, karın ön duvarından sınırları net olarak ayırt edilemeyen 270x105mm boyutlarında multilobule, heterojen görünüme sahip kitle görünümü izlendi (resim 1). Barsak segmentlerinde duvar kalınlaşması ve basıya bağlı proksimal dilatasyon izlenmiştir. Ameliyat öncesi üst gastrointestinal sistem endoskopisinde mide mukoza-sı normal olması rağmen, mide antrum bölgesinde dıştan bası ile kollebe olduğu izlenmiştir. Kolonoskopide intra lüminal patoloji görülmedi. Eksplozasyonda mide büyük kurvaturdan başlayıp, mesane süperioruna kadar uzanım gösteren, transvers kolon ve karın ön duvarına yapışık tümöral kitle izlendi . Karın içi çevre doku ve organlardan serbestlenen kitle, mide rezeksiyo-



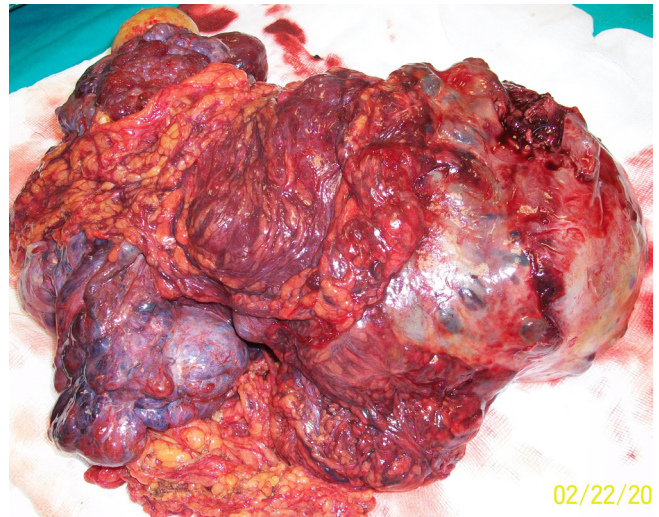
Resim 1. Laparatomide kolon seviyesinden mesaneye kadar uzanım gösteren 270x105mm boyutlarında multilobule dev GIST.

nu ile unblok çıkartıldı (resim 2). Postoperatif 3.gün nasogastrik sondası çekildi ve postoperatif 5.gün oral beslenme başlandı. Gaz gaita deşarjı olan hasta postoperatif 9.gün şifa ile taburcu edildi. Hastanın pyesinin histo-patolojik değerlendirme sonucu nekroz alanları içeren, mitoz oranı 5/1 BBA'dan fazla olan, CD34 ve vimentin ile pozitif boyanma gösteren, atipik hücreler ihtiva eden gastrointestinal stromal tümör ile uyumlu olarak raporlandı.

Tartışma

GİST, tüm gastrointestinal sistem tümörleri arasında nadir görülen fakat mezenkimal kökenli tümörler arasında ise en sık oranda görülen tümörüdür. GİST genellikle 5. ve 6. dekatta daha sık görülür. GİST'ler ensik gastrointestinal sistemde mideden (%60) kaynaklanmakla birlikte daha az oranlarda, jejunum, ileum, duodenum ve kolonda da görülebilir [3].

Düşük malignite oranına sahip olan GİST'ler genellikle çevre dokuya invazyon yapmazlar fakat invazyon yerine çevre dokuyu iterek büyüdükleri için bizim olgumuzda görüldüğü gibi basıya bağlı semptomlara neden olmaktadır [4]. Genellikle asemptomik bir klinik seyir gösterse de ara sıra karın ağrısı ile başvururlar. Barsak tıkanıklığı semptomları genellikle çok nadir görülür fakat görüldüğü zaman genellikle büyük boyutlara ulaşmıştır. GİST tanısında hikaye ve fizik muayene yanı sıra BT ve MR gibi görüntüleme yöntemleri tanıda bize yardımcıdır. Büyük boyutlara ulaşan tümörlerde palpabl kitle ele gelebilmektedir. Görüntüleme yöntemlerinden bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) kitlenin lokalizasyonu ve boyutları hakkında yeterli bilgi vermektedirler. Yapılan üst GIS endoskopisinde ve alt GIS kolonoskopisinde submukozal lezyon görülmesi durumunda yapılacak endoskopik ultrasonografide lezyonun muskularis propria kökenli olması, GİST lehine yorumlanır. Yapılan görüntüleme yöntemlerine rağmen preoperatif kesin tanı koymak zordur. Tanı sıklıkla operasyon sırasında gönderilen frozen yada postoperatif histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir [5]. Prognozun belirlenmesinde en önemli faktörler kitlenin büyüklüğü ve mitoz sayısıdır. Mide kaynaklı gastrointestinal sistem tümörlerinde, tümör dokusu 10 cm'den küçük ve 50 High Power Fields büyütme sahasında 5 veya daha az mitoz varsa düşük metastaz olarak kabul edilmektedir. İnce barsak kökenli gastrointestinal stromal tümörlerde ise tümör boyutunun 5 cm'den fazla olması malignite lehine yorumlanmaktadır [6]. Bizim olgumuzda da, tümör dokusunun mide kaynaklı, tümör boyutunun yaklaşık 27 cm olması, patolojik incelemede nekrotik alanlar ve bü-



Resim 2. Ameliyat sonrası kitlenin mide rezeksiyonu ile unblok çıkartıldıktan sonraki görünümü.

yütme alanında 10 ve üzeri sayıda mitotik endeks izlenmesinden dolayı olgu malign olarak kabul edilmiştir.

Gastrointestinal stromal tümörlerde primer tedavi seçeneği cerrahi yaklaşımdır. Unrezektabl olgularda, nüks yada metastazik olgularda tirozin kinaz inhibitörü olan imatinib kullanımı önerilmektedir. Imatinib kullanımı ile ilgili 2002 yılında yapılan bir çalışmada %53,7 oranında remisyon, %27,9 oranında stabil hastalık, %13,6 oranında da progresyon saptanmıştır [7].

Sonuç olarak GİST mezenkimal kaynaklı tümörler olup genellikle nadir görülen tümörlerdir. Büyük boyutlara kadar ulaşanları genellikle ileri yaşlarda görülür ve asemptomatik seyrederler. Çok nadirde olsa basiya bağlı obstrüksiyon bulgularıyla tanı konulabilmektedir. Tedavide cerrahi girişim primer yaklaşım olarak kabul edilmekle birlikte adjuvan tedavilerde uygun hastalarda önerilmektedir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Joensuu H, Fletcher C, Dimitrijevic S, et al. Management of malignant gastrointestinal stromal tumors. *Lancet Oncol* 2002; (3): 655-664.
2. Pithorecky I, Cheney RT, Kraybill WG, Gibbs JF. Gastrointestinal stromal tumors: Current diagnosis, biologic behavior, and management. *Ann Surg Oncol* 2000; (7): 705-712.
3. Sturgeon C, Chejfec G, Espat N. Gastrointestinal stromal tumors: a spectrum of diseases. *Surg Oncol* 2003; (12): 21-26.
4. Dematteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan S, Woodruff J, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors. Recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000; (231): 51-58.
5. Meester B, Pauwels PA, Dijnentog AM, et al. Metastasis in a benign duodenal stromal tumour. *Eur J Surg Oncol* 1998; (24): 334-335.
6. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol* 2002; (33): 459-645.
7. Demetri GD, von Mehren M, Blanke CD, et al. Efficacy and safety of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors. *N Engl J Med* 2002; (347): 472-80.